

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

No

305

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplômé d'État)
PAR

YUNG Michel

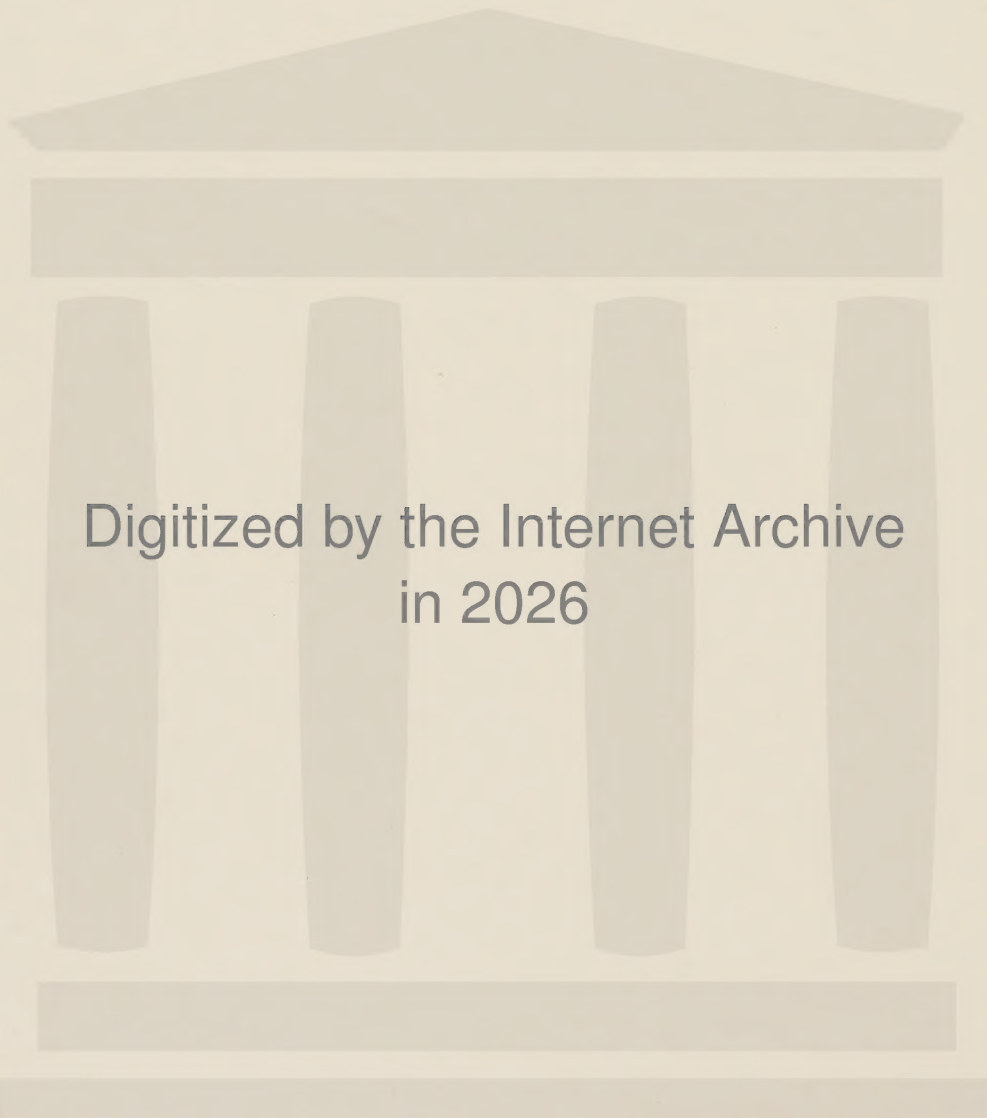
né le 6 Mars 1941 à Lourmel (ORAN)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

Les Phytobézoards Gastriques
après Vagotomie

Président : M. CACHIN Professeur Agrégé

Imprimerie Sté MICHEL, 186, Av. du Maine - Paris 14^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553014_0051

F A C U L T E d e M E D E C I N E d e P A R I S

Année 1970

THÈSE

N°

pour le

doctorat en médecine

(Diplôme d'Etat)

yung

Michel né le 6 Mars 1941

à LOURMEL (ORAN)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

LES PHYTOBEZOARDS GASTRIQUES, après vagotomie

Président : M. C A C H I N, Professeur Agrégé

THE UNIVERSITY OF LEIDEN

LIBRARY

enigste en enigste

enigste en enigste

enigste en enigste



enigste en enigste

enigste en enigste

EN HOMMAGE AUX :

Docteur CACHIN M.

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux,
qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et qui en a accepté la présidence.

Docteur LEVY Cl.

Ex-chef de clinique,
Assistant des Hôpitaux.

Docteur PERGOLA

Chef de Clinique à la Faculté,
Médecin assistant des Hôpitaux.

QU'ILS EN SOIENT REMERCIÉS.

INTRODUCTION :

Les Phytobézoards sont des corps étrangers du tractus gastro-intestinal, faisant suite à l'ingestion d'aliments à haute teneur cellulosique, qui n'ont pas subi la transformation habituelle dans l'estomac.

En 1963, GOLDFAJN consacra sa thèse aux phytobézoards occlusifs, survenant après gastrectomie ; il insista sur le rôle favorisant dans leur apparition, de la résection gastrique et de l'anastomose gastro-jéjunale et remarqua " aucun cas ne semble avoir été publié de phytobézoard survenant chez les gastrectomisés totaux ou les gastrectomisés partiels type Péan ".

En 1965, lors de sa communication à la séance du 5 juillet de la Société nationale française de gastro-entérologie, HOLLANDER constata que les phytobézoards du grêle survenaient après gastrectomie, quelque soit le type de l'anastomose réalisée (BILLROTH I ou II).

Au cours de la discussion qui suivit, OLIVIER, qui avait présenté conjointement une observation de phytobézoard gastrique chez un gastrectomisé type Péan secondairement vagotomisé, mit l'accent sur le rôle prépondérant de la vagotomie dans l'apparition de ces corps étrangers intra-gastriques.

Egalement en 1965, BOUTEILLE se pencha sur le cas des phytobézoards gastriques après gastrectomie type Péan.

Parmi les observations qu'il relata, nous en relevons 4 où une vagotomie fut pratiquée.

C'est pourquoi, nous essaierons dans l'exposé qui va suivre, de montrer le rôle de la vagotomie double dans la formation des bézoards gastriques, tout en décrivant leur symptomatologie, et surtout leur diagnostic et leur traitement.

INTRODUCTION

Les observations sont des données brutes. Elles sont
souvent brutes et incomplètes. Elles sont souvent
peu précises et peu nombreuses.

En fait, l'analyse statistique est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes. Elle est
fondée sur des principes mathématiques
et statistiques. Elle est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes.

En fait, l'analyse statistique est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes. Elle est
fondée sur des principes mathématiques
et statistiques. Elle est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes.

En fait, l'analyse statistique est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes. Elle est
fondée sur des principes mathématiques
et statistiques. Elle est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes.

En fait, l'analyse statistique est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes. Elle est
fondée sur des principes mathématiques
et statistiques. Elle est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes.

En fait, l'analyse statistique est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes. Elle est
fondée sur des principes mathématiques
et statistiques. Elle est une science
qui a pour but de tirer des conclusions
généralisées à partir de données
partielles et incomplètes.

OBSERVATIONS :

Présentons tout d'abord deux observations relevées dans le service :

N° I - M. L.....JM, âgé de 40ans, employé aux Usines RENAULT, était régulièrement suivi par le Dr PERGOLA sur les lieux de son travail, car il avait subi en Février 1965 :

- une antrectomie avec anastomose type Péan
 - et une vagotomie double
- pour ulcus gastrique (suites simples).

Ce dernier avait été découvert à la suite de douleurs épigastriques typiques et d'hématémèses abondantes.

Cet homme était séparé de son épouse, qui lui avait laissé la garde de leurs deux enfants.

En 1967, il subit une cure de désintoxication alcoolique.

En 1968, alors qu'il ne souffrait plus depuis l'intervention, apparurent une discrète gêne alimentaire à type de pesanteur post-prandiale et quelques vomissements.

PERGOLA fit pratiquer des clichés de l'estomac après ingestion de baryte (Septembre 1968) et découvrit une image évoquant un bézoard :

"une volumineuse lacune, non homogène, à limite supérieure nette, de forme arrondie, occupait la quasi totalité du moignon gastrique, et émergeait dans la poche à air ; par ailleurs, la façon dont s'écoulait la baryte le long de la petite courbure, invitait à penser qu'une masse intra-gastrique refoulait le liquide ; les passages de la baryte au niveau de la bouche d'anastomose paraissaient assez satisfaisants."

Ce patient, de 40ans, était donc hospitalisé le 3-IO-1968 dans le service du Professeur CACHIN :

Son état général était satisfaisant, et il présentait les mêmes signes fonctionnels.

L'examen clinique était absolument normal ; en particulier, le ventre était souple et non douloureux dans son ensemble. Il n'existait pas de masse épigastrique palpable. Le foie et la rate étaient de volume normal.

Par ailleurs :

- sa denture était en bon état.
 - son alimentation était celle de la cantine où il travaillait, ce qui l'empêchait de suivre des règles diététiques précises.
- Il disait ne pas avoir ingéré de fruits en grande quantité, mais vu sa psychologie un peu fruste on ne pouvait exclure cette hypothèse.
- les examens biologiques (NF, VS, urée, glycémie, taux de prothrombine, iono-sanguin) se révélèrent normaux.
 - On pratiqua une seconde série de clichés gastriques : la masse intra-gastrique y était toujours présente, et sa mobilité en fonction des positions du malade, était un élément de plus en faveur du bézoard.

- la gastroscopie n'ayant pu avoir lieu, on décida d'intervenir d'emblée chirurgicalement :

CRO du 2I-IO-68

Dr CHAPUIS (Cochin)

- coeliotomie médiane itérative.
- libération de nombreuses adhérences.
- estomac atone et distendu.
- anastomose gastro-duodenale largement perméable.
- dans l'étage sous-mésocolique, le grêle apparaît distendu, atone, avec des chylifères blanchâtres très apparents, comme s'il existait un ralentissement de la circulation lymphatique.

- après gastrotomie, on trouve un contenu gastrique extrêmement fétide, que ni la sonde d'aspiration, ni l'aspirateur ne peuvent évacuer ; sa coloration est vert pâle, et on discerne au sein de cette masse pâteuse des éléments végétaux comme des "peaux de grains de raisin". Evacuation à la cuillère.

- nettoyage de la cavité gastrique.

- la muqueuse est épaissie, un peu inflammatoire, avec une petite formation polypoïde. L'exploration de D₁ ne note aucune anomalie.

On pratique : une recoupe gastrique

et une anastomose gastro-jéjunale iso-péristaltique type.

La muqueuse jéjunale paraissant pâle et épaissie, on pratique une biopsie. Le foie est d'aspect normal.

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE : (29-IO-1968) Dr LEMAIGRE

I - Estomac : recherche de lésions consécutives à la vagotomie.

2 - Muqueuse intestinale : lésions de jéjunite chronique ?

Résultats : biopsie gastrique : les muqueuses pré-pylorique et duodénale conservent un aspect normal.

Présence de quelques remaniements scléro-inflammatoires en rapport avec la première intervention ; pas de modification des muqueuses gastrique, duodénale et jéjunale.

Les suites opératoires furent simples.

Après être resté en observation jusqu'au 7-II-1968, le patient partit en maison de repos.

Depuis l'intervention, il se porte bien, et ne présente pas de récurrence.

N° 2 - Mme N.....S, âgée de 51ans, entre le 28-10-1963 dans le service du Dr PERROTIN pour :

- ulcus bulbaire résistant au traitement médical depuis la fin de l'année 1959.

L'hyperacidité gastrique, mise en évidence, invitait alors à pratiquer chez elle une gastrectomie partielle.

L'intervention chirurgicale eut lieu le 5-II-1963 :

CRO

Dr HAUTEFEUILLE (Lariboisière)

ulcère sur la face antérieure du bulbe.

- I - dragstedt avec réfection de l'angle de Hiss.

- 2 - Péan étroit. Gastrectomie un petit peu moins détendue que les deux tiers.

Les suites opératoires furent simples.

Mais, le 20-II-1963, alors que la patiente ne souffrait plus, un transit gastro-duodénal de contrôle montre :

- une stase gastrique

- et une masse arrondie, de la taille d'une orange, à contours vaguement réguliers, peu homogènes, occupant le moignon gastrique, mobile faisant penser :

1 - à une tumeur bénigne type Schwannome

2 - ou à des restes celluloseux "type compresse".

La bouche anastomotique paraît fonctionner normalement.

L'examen clinique est normal.

Le psychisme de cette patiente est particulier (il s'agit d'une divorcée, mère de 4 enfants qui a subi en 1959 une hystérectomie subtotale pour fibrome).

S'agit-il d'un bézoard ?

Le Pr HAUTEFEUILLE réclame de nouvelles radiographies, et une gastroscopie ; il envoie la malade dans le service du Pr CACHIN, où l'on tente en vain un lavage gastrique (extrême nervosité de la malade).

Ces nouveaux clichés montrent la persistance du corps étranger ; en attendant la gastroscopie, la patiente rentre à son domicile.

Le 13-I-1964, le Pr HAUTEFEUILLE la voit en consultation : cette patiente a repris les 4kgs perdus après l'intervention. A la suite, elle ne souffre pas de son estomac, fait six repas par jour et n'a aucun trouble digestif (deux selles normales par jour).

Le 14-2-1964, on reçoit les résultats de la gastroscopie. PERGOLA :

- la bouche d'anastomose est normale.

- sur la face postérieure de la muqueuse gastrique existe une masse blanchâtre, qui confirme la présence d'un corps étranger.

Cette malade, ne souffrant pas, tardera à se faire opérer. Aussi, quand elle s'y décide fin 1964, on découvre après gastrotomie des restes celluloseux de compresse, dont certains sont ancrés dans la muqueuse donnant lieu à une exérèse difficile.

Une radiographie de contrôle (29-9-1964) met en évidence la disparition du corps étranger et le bon fonctionnement de l'anastomose.

En 1966, sur de nouveaux clichés on constate la présence d'un peu de liquide de stase dans le moignon gastrique.

Et le 22 Février 1968, alors que la malade se porte bien, des clichés de contrôle découvrent l'image évoquant un bézoard :

image lacunaire, non homogène, à contours assez nets, mobiles avec les positions, occupant une partie de la poche gastrique.

la baryte, refoulée le long de la petite courbure, s'écoule difficilement au niveau de la bouche anastomotique.

Le bézoard sera retrouvé sur les radiographies du 8 Mars 1968, et du 20 Février 1969, mais il est bien supporté.

Cette malade, étant devenu hostile à tout traitement chirurgical, et ne pouvant supporter les lavages gastriques, la seule solution chez elle consisterait à lui proposer un traitement enzymatique (Cf Pollard).

Conclusion :

dans ces deux observations, le bézoard est survenu chez des sujets gastrectomisés et vagotomisés. La stase gastrique et duodénale a été constatée sur les radiographies.

Les règles hygiéno-diététiques n'étaient pas suivies dans le premier cas, et peut-être dans le second, par des patients ayant une psychologie particulière.

Enfin, la symptomatologie était inexistante ou peu parlante, le diagnostic fut fait radiologiquement sur des clichés de contrôle.

La seconde observation est intéressante car elle montre que la compresse oubliée lors de la première intervention, pouvait prendre l'aspect radiologique d'un bézoard, qui on le sait est également à composante cellulosique.

- - -

Citons maintenant quelques observations relevées dans la littérature :

N° 3 - " Phytobézoard gastrique survenu trois mois après une vagotomie bi-latérale chez un sujet gastrectomisé (type Finsterer) un an avant ".

Observation publiée par Claude OLIVIER en 1965 :

la succession des clichés radiologiques (après gastrectomie, puis vagotomie) prouve que le bézoard s'est développé après section des pneumogastriques ; la constatation d'une atonie gastrique et au cours de l'opération d'une dilatation importante du duodenum, allant du moignon duodénal au croisement mésentérique, permet de considérer la stase suscitée par la vagotomie, comme un facteur déterminant important.

Le traitement a consisté en une dégastrogastrectomie, avec anastomose polya et duodeno-jéjunostomie latéro-latérale, le bézoard très volumineux étant de nature exclusivement végétale.

N° 4 - "Phytobézoard récidivant après dragstedt et pyloroplastie pour ulcère du bulbe".

observation publiée par FHEULLY (1969) :

un mois après l'intervention chirurgicale qui eut lieu en 1965, le malade se plaignit à nouveau de brûlures épigastriques, de pesanteur post-prandiale, avec sensation de répletion gastrique, survenant dès le début des repas, de nausées, d'anorexie, et d'un amaigrissement modéré mais progressif. Malgré le traitement symptomatique, les troubles s'aggravèrent, s'accompagnant de vomissements répétés faisant suspecter une sténose pylorique.

Hospitalisation le II Janvier 1966 :

- mauvais état général, mais aucun signe de déshydratation.
- examen clinique pauvre.
- deux faits marquants : l'absence de toute denture, la prothèse étant mal adaptée et mal supportée. - la richesse en aliments végétaux de l'alimentation du patient.
- examens biologiques normaux. L'étude de la sécrétion gastrique, après injection d'Histamine, montre une achlorhydrie libre (vagotomie efficace).
- transit gastro-duodénal : les radiographies montrent la présence d'images lacunaires multiples intéressant tout le corps gastrique, et nettement mobiles avec les différentes positions. Les courbures gastriques paraissent normales, mais on remarque une ébauche de prognathisme antral, traduisant la mauvaise évacuation gastrique et l'état de pré-sténose pylorique.
- l'examen gastroscopique, découvre occupant tout le corps gastrique, une volumineuse masse blanchâtre, polypoïde, gélatiniforme, ne saignant pas au contact, dans laquelle le gastroscope s'enfonce sans effort. La muqueuse paraît normale.
- l'examen histologique d'une biopsie réalisée dans cette masse, confirme le diagnostic gastroscopique : il s'agit d'un phytobézoard ; le fragment prélevé est de nature végétale.

De nombreux et abondants lavages gastriques se montrèrent efficaces ; l'estomac parut fonctionner normalement, et le malade rentra chez lui avec un traitement associant Murepsine et Pimpéran, et des règles diététiques : nécessité d'éviter les aliments riches en fibres végétales.

Un mois plus tard, réapparition des troubles. Il s'agit d'une récurrence en tout point semblable au premier épisode. On fait alors un examen psychiatrique du sujet, qui met en évidence un caractère assez fruste, mais ne décèle aucune perturbation psychique notable.

De nouveaux lavages gastriques améliorent la situation, mais on décide d'opérer ; cette intervention n'a lieu qu'un mois après : après gastrotomie l'estomac apparaît vide !

Une deuxième récurrence, avec les mêmes symptômes et aspects radiologiques, entraîne une troisième hospitalisation. On met en oeuvre le même traitement médical, et l'on fait remettre en état la prothèse.

L'évolution suivie pendant plus de huit mois, montrera une alternance de périodes d'amélioration et de récédive avec état pré-sténotique, sans atteinte majeure de l'état général.

- - -

Conclusions:

- l'observation n° 3 parle d'elle-même.
- " n° 4 met en évidence : le rôle prépondérant de la vagotomie associée à la pyloroplastie dans le déterminisme du bézoard, qui nécessite également : une insuffisance de mastication
une absorption importante d'aliments végétaux
une hypochlorhydrie
et le caractère fruste du malade.

et le caractère récidivant
du bézoard (deux ans) avec surprise chirurgicale ; mais on connaît bien cette possibilité de dissolution spontanée ou provoquée et d'évacuation par les voies naturelles.

De plus, ces récédives posent dans ce cas précis un problème thérapeutique : doit-on pratiquer une gastrectomie ou continuer à recourir aux petits moyens médicaux (le traitement par la cellulase n'a pas été essayé !) ?

En fait, un régime diététique suffirait mais par son caractère fruste, le malade ne s'y prête pas.

Observations : 5 - 6 - 7 - 8 Citées par BOUTEILLE dans sa thèse sur les bézoards après gastrectomie type Péan.

Elles confirment les conclusions précédentes.

Dans les trois premières, ont été pratiqués un Péan et une vagotomie double associée.

N° 5 : Homme de 38 ans, Huit mois après l'intervention, un bézoard est constitué et s'évacue spontanément. L'orifice de la bouche anastomotique était perméable.

N° 6 -- Homme de 34ans. Apparition du bézoard un mois après l'opération ; évacuation après lavage gastrique.

N° 7 : Homme de 46ans. Le Bézoard constitué dans les mois suivant l'intervention s'évacuera spontanément, alors que la bouche d'anastomose paraissait très mal fonctionner, et causera une surprise opératoire.

Dans l'observation n° 8, il s'agit d'un sujet d'abord gastrectomisé (Péan), puis vagotomisé.

N° 8 - Femme de 37 ans. Apparition du bézoard deux ans après le Péan ; évacuation après lavage gastrique. Trois ans après, on pratique une vagotomie double, qui donne lieu dans le mois suivant à la réapparition du bézoard, à nouveau dissous par un lavage gastrique. Un an plus tard, deuxième récédive mais le corps étranger persiste amenant à intervenir chirurgicalement :

CRO : recoupe gastrique et recoupe de la bouche anastomotique ; à ce niveau, gros bourrelets polypoïdes qui devaient obstruer cet orifice. Anastomose type polya trans et sous-mésocolique. Depuis tout va bien.

HISTORIQUE :

Les bézoards sont connus depuis longtemps (MUFFAWACK en parle en 923) ; le terme, d'origine arabe ou perse, signifie anti ou contre-poison.

Ces corps étrangers étaient alors extraits d'estomacs de chèvres, et d'antilopes, et utilisés surtout comme contre-poisons et comme thérapeutiques de nombreux maux.

A notre époque, la première description de bézoards, chez des sujets non opérés, est due à de BAKEY et OSCHNER, qui publient huit cas et en colligent trois cent trois autres.

Chez les gastrectomisés, le cas princeps est publié en 1930 par SEIFERT . Il s'agit d'un bouchon de la bouche anastomotique (FINSTERER) ayant entraîné une occlusion aigue du grêle.

En 1963, GOLDFAJN écrit sa thèse sur les phytobézoards occlusifs post-gastrectomie. Il cite trois cas, dont un d'EDELMANN, et en relève trente et un dans la littérature mondiale.

En 1964, SCHLANG et MAC HENRY font état de 84 cas.

En 1965, HOLLANDER relate deux cas personnels, qui ajoutés aux 84 cas précédents, et à d'autres non publiés font au total 98.

En 1968, JEAN WELL lors des entretiens de Bichat traite des phytobézoards survenus après l'ingestion de carotte chez des nouveaux-nés porteurs de mucoviscidose ou de maladie de Hirschprung.

En 1969, le service de chirurgie de MONTREAL (RHEAUT) relève 109 cas, en y incluant les 98 rapportés par HOLLANDER.

En ce qui concerne les phytobézoards survenant après vagotomie, ils sont d'observation encore plus rare.

BOUTEILLE, en 1965, a cité deux cas personnels et 4 publiés dans la littérature, de bézoards survenus après Péan ; et parmi eux, 4 patients avaient subi une vagotomie, soit associée au Péan, soit postérieure à lui.

OLIVIER, en 1965, a relaté un cas survenu chez un gastrectomisé, secondairement vagotomisé.

MEULLY, en 1969, en a observé un chez un vagotomisé ayant subi une pyloroplastie associée.

Avec nos deux cas, et celui de BOTTERO (après intervention pour ulcère peptique), cela fait un total de 9 cas.

CONSTITUTION des PHYTOBEZOARDS

Il s'agit d'un conglomérat de substances alimentaires, d'origine végétale, tels que légumes et fruits, riches en cellulose, et à fibres longues : salsifis - raisins - oranges. SCHLANG a retrouvé des fibres d'oranges dans 51 cas sur 84.

Dans les observations européennes, ce sont surtout les choux, les raisins, les haricots verts, les endives, et plus rarement les figues, la noix de coco, grape-fruit, et les graines de piment.

Ont été également retrouvés : le " chop-suey ", les girolles, la carotte chez les nourrissons, et les feuilles d'artichauts.

A ce squelette cellulosique, se surajoutent des grains d'amidon (essentiellement pommes de terre), des globules graisseux, des fibres de muscles striés, du tissu élastique, des cristaux d'acide gras, et des débris deépithélium desquamé.

Ces corps étrangers sont de volume variable (le plus gros pesait 3,280kgs) pouvant totalement emplir la poche gastrique. Leur consistance est variable, mais le plus souvent molle.

Rappelons qu'a côté de ces phytobézoards, on a décrit :

- des trichobézoards, constitués par des amas de cheveux (chez les aliénés).
- des trichophytobézoards de constitution mixte
- des laquobézoards, secondaires à l'ingestion de laque (ouvriers travaillant dans les vernis).
- des bézoards médicamenteux, après absorption de produits mucilagineux ligneux.

PATHOGENIE

Le bézoard est constitué par un conglomérat cellulosique provenant d'aliments insuffisamment mastiqués et fragmentés par le temps gastrique de modification du bol alimentaire.

Les facteurs qui prédisposent à cette formation sont :

- a/ la nature du bol alimentaire : richesse en éléments celluloses ; pépins.

- b/ l'insuffisance de mastication : par tachyphagie, et par denture défectueuse ou prothèse mal adaptée;

EDELMANN a opéré une patiente antérieurement gastrectomisée, d'une occlusion intestinale aiguë par phytobézoard, trois heures après qu'elle eut avalé coup sur coup trois oranges en regardant la télévision...

LEROY a observé un iléus alimentaire chez un gastrectomisé, après qu'une fracture du maxillaire inférieur l'eut privé de sa prothèse dentaire, rendant ainsi toute mastication efficace impossible.

Le premier temps buccal de la digestion n'est pas observé.

Le plus souvent, il s'agit de sujets à psychologie un peu fruste, qui n'observent pas les règles hygiéno-diététiques, car ils se portent bien après leur opération.

- c/ Les perturbations apportées par la vagotomie, la gastrectomie la gastro-entérostomie ou la seule pyloroplastie, au temps gastrique des modifications physiques du bol alimentaire.

L'action de la vagotomie double consiste en une diminution du tonus de base entraînant une dilatation gastrique importante et définitive, et une diminution du péristaltisme.

Au niveau du pylore, on observe un spasme (pour certains auteurs, ce pylorospasme serait dû à la diminution de la pression intra-gastrique).

Ceci a été bien mis en évidence par Julien BESANCON dans son article paru dans la semaine des Hôpitaux de PARIS, en Mars 1967 :

" l'observation radiologique montre que l'estomac se vide lentement, au minimum en cinq heures, la cavité gastrique forme alors une grande poche atone ; l'évacuation est non seulement ralentie, mais irrégulière - - -

- - - L'atonie gastrique est bien la conséquence directe de la vagotomie (ceci étant dû selon Dragstedt à l'effet inhibiteur du sympathique) ; mais on discute de la part respective de l'akinésie gastrique, et de l'atrophie progressive des tuniques musculaires, inhibition fonctionnelle ou dystrophie, l'une et l'autre ayant les mêmes conséquences.

L'orifice d'évacuation gastrique est, lui, frappé d'hypertonie, pylorospasme bientôt transformé en sténose organique par fibro-sclérose plus que par hypertrophie musculaire. - Une paralysie du grêle s'y associe " - - -

Ceci est confirmé par le type d'accidents post vagotomie (thèse de GODEFROY 1963) ; parmi eux, l'on cite :

- la stase, la dilatation gastrique et duodénale

- la sténose gastrique, quelque soit le mode de drainage (pyloroplastie - gastro-entérostomie - gastrectomie).

D'ailleurs, n'est-ce pas ce spasme pylorique qui empêche le corps étranger de passer dans le grêle, en cas de vagotomie ?

En effet, après gastrectomie type BILLROTH I ou II, c'est la largeur de la bouche anastomotique, qui entraîne la migration rapide de ce corps dans le grêle.

Enfin, tous les vagotomisés ne sont pas sujets à ce type d'accidents ; il faut donc vraisemblablement incriminer comme facteur déterminant la non observation des règles hygiéno-diététiques, et parmi celles-ci, la consommation abusive d'aliments riches en cellulose.

- - -

ETIOLOGIE

Les phytobézoards intra-gastriques sont d'observation rare ; en dehors de leur survenue chez des sujets non opérés, ils apparaissent ordinairement après gastrectomie partielle type Péan (signalons un cas survenu six ans après gastrectomie type FINSTERER - JM BERT MONTPELLIER), mais plus souvent lorsqu'une vagotomie est pratiquée et que le Dragstedt s'accompagne de gastro-entérostomie ou de pyloroplastie.

La plupart des auteurs accordent un rôle marquant à la vagotomie dans leur survenue.

Le fait qu'on les observe aussi rarement est attribué :

- à leur tendance à la dissolution spontanée ou sous l'influence de lavages gastriques, suivie de l'élimination par voie basse, causant par là même des surprises opératoires lorsque les clichés radiologiques n'ont pas vérifié leur persistance avant l'intervention.

- et à la pratique moins répandue du Péan et de la vagotomie, que les gastrectomies type BILLROTH I et II, qui elles favorisent la formation de bézoards du grêle.

Les bézoards sont le plus souvent rencontrés chez l'homme (puisque les ulcés gastro-duodénaux sont plutôt l'apanage de ce sexe) et chez les sujets de plus de trente ans.

Quand ils surviennent, après vagotomie, le délai d'apparition varie de un mois à quelques années, et semble moins long qu'après opération de BILLROTH.

Dans tous les cas, il s'agit de patients opérés pour ulcères gastro-duodénaux, dont on a d'autre part signalé l'association dans 10% des cas (CHASSAGNON : journal de Médecine de LYON - 20 Février 1968) aux bézoards gastriques.

Enfin, le caractère récidivant de ces corps étrangers peut poser des problèmes thérapeutiques à la longue, chez un sujet déjà plusieurs fois opéré (observation de TEULLY).

SYMPTOMATOLOGIE

Elle est d'une grande variabilité.

1 - Dans certains cas, les bézoards sont muets ou se traduisent par des signes fonctionnels discrets, tels qu'une discrète gêne alimentaire avec sensation de pesanteur post-prandiale.

2 - Parfois, les troubles seront plus marqués :

- douleurs épigastriques sans horaire précis avec parfois sensations nauséabondes alternance de diarrhée et de constipation.

Rarement forme aiguë avec crises douloureuses émetiques post-prandiales, plus ou moins violentes, cédant en quelques heures et susceptibles de se reproduire à des intervalles réguliers.

- Anorexie, pouvant entraîner un certain degré d'amaigrissement : en fait, l'état général est en règle conservé.

3 - Enfin, les complications peuvent être révélatrices :

- syndromes oclusifs avec sténose du pylore (observation de HEULLY) avec un équilibre hydro-électrolytique satisfaisant.

- ulcérations gastriques, éventuellement compliquées de perforations (CHASSAGNON 1968)

Dans nos deux observations, les bézoards sont découverts par les radiographies de contrôle de l'estomac, pratiquées après gastrectomie ; et le diagnostic, sera fait par la combinaison radiographie-gastroscope avec biopsie, d'autant plus que :

L'examen clinique est le plus souvent négatif :

BOUTEILLE, dans sa thèse, a cité une observation où on avait pu palper une masse épigastrique mobile, avec les positions, et déclencher une légère douleur épigastrique.

RADIOGRAPHIE, après ingestion de baryte - des voies gastro-duodénales.

Elle montre :

- une image lacunaire, à contours plus ou moins arrondis et assez nets, peu homogène, donnant un aspect en "mie de pain" caractéristique, et pouvant faire saillie dans la poche à air gastrique (aspect en iceberg).

Le volume de cette masse est variable ; au maximum, elle peut remplir toute la poche gastrique, obstruant le pylore ou la bouche d'anastomose.

Souvent, la baryte est repoussée vers la petite courbure en un mince filet s'écoulant vers le pylore.

La baryte demeure dans l'estomac six à douze heures après l'examen, entourant le corps étranger, qui peut être individualisé par insufflation.

Certains auteurs ont mis l'accent sur la pratique de statigraphie axiale transverse, pour affirmer le siège intra-gastrique de la masse (ce qui permet d'éliminer une compression extrinsèque de l'estomac). Enfin, le caractère essentiel du bézoard est sa mobilité selon les positions du malade -

- Ces signes radiologiques, joints à la conservation de l'état général, à l'apyrexie, à la normalité des examens biologiques, feront discuter une image de tumeur bénigne (lipomes - lymphomes - schwannomes). Pour cela, il faudra éliminer l'ombre d'un pédicule, qui d'ailleurs n'est pas toujours visible; de plus, la mobilité du bézoard n'est pas toujours mise en évidence.

On hésitera donc le plus souvent avec le diagnostic de schwannome qui peut donner l'aspect de masse volumineuse, de consistance ferme, et mobile ; et c'est pourquoi confirmation sera demandée à l'endoscopie, qui dissipera également toute arrière pensée de néoplasme.

GASTROSCOPIE

Elle révèle une masse blanchâtre, ou verdâtre ou grisâtre, mobile, et paraissant revêtue d'un enduit mucoïde.

Le gastroscope s'enfonce facilement dans cette masse, et fait essentiellement la fait passer.

La muqueuse gastrique, là où elle est visible est rouge, congestive, inflammatoire, pouvant être le siège de petites ulcérations traumatiques, liées à la présence du corps étranger.

On peut compléter cette endoscopie par une biopsie de la masse, qui révélera sa nature végétale.

PRONOSTIC

Il est très favorable.

Dans bien des cas, le phytobézoard disparaît :

- soit spontanément

- soit après lavage gastrique,

- ou traitement enzymatique et à fortiori après intervention chirurgicale.

Très rarement, il entraîne des complications type sténose du pylore, mais par contre il récidive facilement, et peut alors poser des problèmes thérapeutiques.

- - -

TRAITEMENT

Il faut distinguer :

I - Le traitement curatif

II - Le traitement préventif, ou si l'on préfère la prophylaxie.

I - LE TRAITEMENT CURATIF

Deux cas sont à envisager :

a - On a pu affirmer qu'il s'agissait d'un phytobézoard, car

- il s'agit d'un gastrectomisé ou vagotomisé, ayant ingéré une grande quantité d'aliments riches en cellulose, et qui présente de petits troubles dyspeptiques ou des crises émétisantes.

- la radiographie de l'estomac, jointe à la gastroscopie-biopsie affirme l'origine végétale de cette masse intra-gastrique.

Il faut d'abord; dans un premier temps, tenter un traitement médical, d'autant plus que l'état général du malade est le plus souvent satisfaisant. Ce traitement consistera à administrer de nombreux et abondants lavages gastriques (selon DEBRAY, dans une observation, on a utilisé jusqu'à dix litres de liquide), auxquels on pourra associer la murepsine et le primpéran, en cas d'intolérance gastrique (observation de HEULLY);

ou comme l'ont récemment expérimenté POLLARD et BLOCK : le traitement enzymatique par la gastro-entérase ; cette dernière contient :
cellulase - pepsine - enzymes pancréatiques, et acide déhydrocholique.

Dans leurs observations, trente six heures après ce traitement, les symptômes avaient disparus ou presque, et trois jours plus tard la radiographie objectivait la disparition du corps étranger.

La dissolution de la masse végétale étant attribuée par ses auteurs à la cellulase, car il est peu vraisemblable qu'un faible acide protéolytique tel que la pepsine puisse attaquer une masse de cellulose.

Le plus souvent, à la suite de cette thérapeutique, on constate la disparition du bézoard qui est éliminé par voie basse ; plus rarement, surviendra une récurrence, car les règles hygiéno-diététiques ne sont pas suivies par un patient à psychologie fruste.

C'est dans ce cas de récurrence, qu'on aura à recourir dans un deuxième temps au traitement chirurgical, qui consistera en une gastrotomie suivie de l'ablation du bézoard ; si la patient était porteur d'une gastrectomie type Péan, on pratiquera de plus une recoupe gastrique, et une anastomose gastro-jéjunale.

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

b - Le bézoard n'a pu être affirmé, car

le diagnostic hésitait avec l'existence d'une tumeur bénigne

C'est alors d'emblée que l'on préconisera le traitement chirurgical.

Puis on donnera à ce patient des conseils hygiéno-diététiques stricts qui sont à la base du :

II - TRAITEMENT PREVENTIF

Le patient aura soin de bien mâcher les aliments, en évitant la consommation des fruits et légumes à haute teneur cellulosique (essentiellement les oranges,), et la tachyphagie.

Si la denture est défectueuse ou la prothèse mal adaptée, on fera pratiquer leur remise en état, et on demandera au patient de mouliner les aliments.

Enfin, tout gastrectomisé, ou vagotomisé pour ulcère devra se soumettre à des contrôles radiologiques répétés.

Mais hélas, cette prophylaxie sera rarement mise en oeuvre par des malades à psychologie fruste, qui ne souffrent plus après l'intervention.

- - -

THE HISTORY OF THE

AMERICAN PEOPLE FROM 1789 TO 1861

BY HENRY REEVE, LL.D., OF NEW YORK

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT, 15 N. 2ND ST.

THE HISTORY OF THE

AMERICAN PEOPLE FROM 1789 TO 1861

BY HENRY REEVE, LL.D., OF NEW YORK

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT, 15 N. 2ND ST.

AND BY THE AUTHOR, 15 N. 2ND ST.

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT, 15 N. 2ND ST.

AND BY THE AUTHOR, 15 N. 2ND ST.

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT, 15 N. 2ND ST.

AND BY THE AUTHOR, 15 N. 2ND ST.

CONCLUSION

Les phytobézoards intra-gastriques ne sont pas aussi rares qu'on le pense d'ordinaire. Dans leur formation, après intervention sur l'estomac, la vagotomie a une place prépondérante à côté de la gastrectomie type Péan, de la pyloroplastie, de la gastro-entérostomie.

Leur diagnostic est le fait de la radiographie, associée à l'endoscopie biopsie, car leur symptomatologie est très variable, et l'examen clinique n'est pas révélateur.

Leur pronostic est très favorable.

Leur traitement doit être d'abord médical, car il entraîne souvent leur disparition ; et la chirurgie ne doit intervenir qu'en cas de persistance, qu'il faut absolument vérifier par des radiographies gastriques, dans les jours qui précèdent l'intervention.

Enfin, leur formation pourrait être évitée, si les règles hygiéno-diététiques étaient appliquées avec rigueur par les patients vagotomisés ou gastrectomisés.

Vu par le Président de Thèse :

M. C A C H I N

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN HONORAIRE

Le Recteur de l'Académie de P A R I S,

Administrateur Provisoire de la Faculté
de Médecine,

M A L L E T

B R O U E T

B I B L I O G R A P H I E
=====

- ALLEN L.G. - Phytobézoar : Report of three cases
" American'jal of Roentgology " 1938 t. 39 p. 67
- BERT J.M. - M. GALTIER (MONTPELLIER)
" Apropos d'un phytobézoard spontanément curable chez un
gastrectomisé "
Arch. Mal. App. Digestif 1967 t. 2 p. 876/877
- BOUTEILLE - Thèse 1965 n° 911 PARIS
" Phytobézoards après gastrectomie type Péan "
- BROCHEE^{TE}OU C. & CHAVY A.
" Les phytobézoards. A propose de quatre observations "
Gazette médicale Mai 1965 t. 72 n° 9 p.1853
- BROWN & MAC HARDY - " Gastroscopy and the phytobézoars. Case of diospyro-
bézoars "
Arch. Int. Med. 1940 t. 65 p. 368 à 374
- BESANCON Justin L. & AL
" Chronique digestive disorders of vagotomised patients "
Sem. Hôp. PARIS 43 : 848 à 857 14 Mars 1967
- BUBBIO C. & AL - " Bézoars of the stomach - Consideration sur deux cas de
diospyrobézards dont un fut compliqué de perforation gastrique "
Minerva gastro-enterology 12 : 85 à 96 Sept. 1966 (It.)
- CAMP J.D. - " Phytobézoars in the stomach "
Am. Jal of Roentgology and radiotherapy
April 1930 T; 23 p. 413
- CHASSAGNON C. G.BRAILLON M. AMIEL
" Volumineux phytobézoard avec ulcères multiples de l'estomac "
Journal de Medecine de LYON p. 289 à 294 20 Février 1968
- DE BAKEY & OCHSNER
" Bézoars and concretions "
Surgery 1938 - 4 p. 934 à 963
1939 - 5 p 132 à 160
- DUPUY R. - " Bézoars, phytobézoars, diospyrobézoars "
Revue Médicale Française 1957 p. 297 à 301
- EDELMANN G - " L'iléus alimentaire chez les gastrectomisés "
Arch. Mal. App. Digestif t. 50 n° 6 Juin 1961 p. 657 à 660

- GODEFROY - Thèse 1963 PARIS
" Accidents de la vagotomie en fonction de l'intervention "
- GOLDFAJN - Thèse 1963 PARIS n° 990
" Contribution à l'étude des occlusions intestinales aiguës par phytobézoards chez les gastrectomisés "
- HART WE - " Phytobézoars "
Jal Am. of Medical Association 1923 t. 81 p. 1870 à 1875
- HARVEY B. POLLARD GE. BLOCK
" Traitement enzymatique de phytobézoars "
Médecine Mondiale II Mars 1969 (Am. Jal Of Surgery Vol. 116
n° 6 p. 933 à 936)
- HEULLY F. P. GAUCHER
" Phytobézoard récidivant après dragstedt et pyloroplastie
pour un ulcère du bulbe "
Bull. Ass. Nord Lotharingienne de gastro-entérologie
n° 3 Mars 1969 5ème Année p. 93 à 95
- HOLLANDER L.F. ADLOFF M. JANSER J.C. (STRASBOURG)
" Les phytobézoards occlusifs après gastrectomie "
Arch. Mal. App. Digestif t. 54 1965 n° 12 p. 1241 à 1249
- MANIER J.W. - " Intestinal obstruction due to phytobezoar following
gastric resection "
Am. Jal gastro-entéro 1963 39 p. 48 à 51
- MOREY D. MEANS R. HIRSLEY E.
" Phytobezoars in the gastric stump "
Arch. of surgery 71 : 946 1955
- NAGEL J.W. & BERGERA J.J.
" Phytobezoars occluding the small intestine following
subtotal gastrectomy "
Am; Jal of surgery Mars 1960 - 99 - N° 3 p. 318/319
- OLIVIER Cl. PREVOST G. & RETTORI
" Phytobezoard gastrique après vagotomie bilatérale chez un
patient déjà gastrectomisé "
Arch. Mal. App. Digestif Octobre 1965 t. 54 n° 10 P. 1088
- PITMAN & AL "Gastrosopic biopsy in the diagnostic of phytobézoans "
Gastro-endosc. 16 45-6 August 1969
- PARK S.C. & AL
" Review of gastric bezoars. Report of a case of massive
gastric bezoar "
J. Med. Soc. New Jersey 63 17-20 Janvier 1966

POINOT & BROUSSIN

"Phytobézoards occlusifs post-grastrectomie"

Presse Médicale 69 : 363 1961

RHEAULT & Coll.

" Les phytobézoards post-grastectomies "

Union Méd. CANADA Février 1969 T; 88 p. 230 à 232

RIBET M. - FOWET & GUERIN (LILLE)

" Occlusion de l'intestin grêle par phytobézoard après gastrectomie "

Presse Med. 25 Décembre 1961 n° 56 p. 2610 à 2612

WALK J.

" Phytobézoars in the gastric stump "

Arch. of Int. Med. 1949 - 84 n° 6 p. 824 à 835

WEILL J. & BOURREAU M.

" Les phytobézoards à la carotte "

Entretiens de Bichat 1968 Mercredi 2 Octobre.

